



TITLE:

# 学会抄録 第178回日本泌尿器科学 会関西地方会

AUTHOR(S):

---

CITATION:

学会抄録 第178回日本泌尿器科学会関西地方会. 泌尿器科紀要 2002,  
48(9): 573-580

ISSUE DATE:

2002-09

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114819>

RIGHT:

## 学会抄録

## 第178回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2002年2月16日(土), 於 奈良県文化会館)

ステロイド療法が奏功した後腹膜線維症の1例: 松本 稔, 平井利明, 垣本健一, 小野 豊, 目黒則男, 前田 修, 木内利明, 宇佐美道之(大阪成人病会) 61歳, 男性。主訴は右下腹部痛および全身倦怠感。腹部CTで後腹膜腫瘍および右水腎症を指摘され, 2001年3月当科紹介受診。入院時, 血清クレアチニン・CRPの軽度上昇を認めた。逆行性腎盂造影でL5からS1のレベルに外部からの圧迫による尿管狭窄を, 腹部MRIで大動脈・総腸骨動脈分岐部周囲にT1・T2強調画像ともに低信号を示す辺縁明瞭な腫瘍を認めた。後腹膜線維症と診断し, ステロイド療法(プレドニン 30 mg/日)を開始した。投与後約1週間でCRP, 血清クレアチニンは共に正常化した。画像上, 右尿管の通過障害は改善し, 腫瘍も著明に縮小した。その後プレドニンは漸減し, 現在は5 mg/日にて再発の兆候を認めず, 経過良好である。

後腹膜脂肪肉腫の1例: 上仁数義, 片岡 晃, 岡本圭生, 若林賢彦, 吉貴達寛, 岡田裕作(滋賀医大) 52歳, 女性。高血圧の精査中, 右副腎腫瘍を疑われ紹介受診。CTで正常副腎は存在し, 腎周囲に2つの腫瘍を伴う脂肪組織を含む軟部組織腫瘍を認めた。MRI検査で2つの腫瘍は異なるintensityを呈していた。後腹膜腫瘍の診断にて手術を施行した。術中迅速病理検査で高分化脂肪肉腫と診断されたが, 腎は温存できないと判断し, 根治的腎摘除術を施行した。腫瘍の大きさは腎を含め17×7×5 cm, 重量500 g。高分化脂肪肉腫のうちEnzingerが提唱している3つのsubtype (lipoma-like, sclerosing, inflammatory) のすべての成分が存在した。MRI検査で異なるintensityを呈していた2つの腫瘍は異なるsubtypeを呈していた。完全切除ができたと考え, 追加治療は行わなかった。現在術後4カ月再発・転移は認めていない。

偶然発見された腎周囲脂肪肉腫の1例: 森 康範, 永野哲郎, 江左篤宣(NTT西日本大阪), 岡本 茂(同病理) 57歳, 男性。2000年7月人間ドックでの腹部超音波検査にて左腎腫瘍指摘され, 2001年5月28日精査目的にて当科受診。CT, MRI上左腎上極に境界明瞭な55 mm大の軟部腫瘍が認められ脂肪肉腫を疑い同年6月4日超音波ガイド下生検を施行。病理診断にて悪性腫瘍否定できず同年8月8日腰部斜切開にてGerota筋膜に包まれた腫瘍を左腎・上部尿管を含めて一塊として摘出した。摘出標本は重量830 g, 腎上・下極・腎門部に周囲と色調の異なる弾性硬の結節が認められた。腎上極の結節では異型脂肪芽細胞は認められず, 腎門部の結節で多数の異型脂肪芽細胞の増殖が認められた。病理診断は高分化型脂肪肉腫であった。補助療法を施行せず術後6カ月経過した現在再発の徴候を認めておらず外来通院中である。

ACTH産生褐色細胞腫の1例: 千葉公嗣, 原 勲, 原 章二, 三宅秀明, 川端 岳, 荒川創一, 守殿貞夫(神戸大), 飯田啓二, 千原和夫(同内分泌代謝内科) 56歳, 女性。胃部分切除術, 単純子宮全摘術の既往あり。主訴は頭痛で2000年3月頃より高血圧を指摘されていた。精査目的にて2001年9月21日当院内分泌代謝内科入院。体動にて著明な血圧の変動を認めた。血中カテコラミン, ACTHの異常高値と腹部CTにて左副腎腫瘍を指摘された。11月12日全麻酔下に腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した。摘除標本は, 35×26×17 mmであった。病理組織学的診断は, ACTH産生副腎褐色細胞腫であった。血圧および内分泌学的な異常値は術後速やかに正常化した。術後3カ月を経過し, 現在外来通院にて経過観察中である。ACTH産生腫瘍を合併した褐色細胞腫は調べ得た限りでは自験例で31例目の報告であった。

家族性ACTH非依存性両側副腎皮質大結節性過形成(AIMAH)の1例: 松村善昭, 今村正明, 東 新, 奥村和弘, 寺地敏郎(天理よろづ), 小川善史, 石井 均(同内分泌内科) 68歳, 女性。家族歴に第2人がAIMAHの診断を受け, 両側副腎摘除術, 左副腎摘除術

をそれぞれ受けている。血糖コントロール目的で当院受診。ACTH<0.5 pg/ml, コルチゾール21.7 μg/dlであり, デキサメサゾン抑制試験, CRH負荷試験でACTH, コルチゾールの反応を認めなかった。腹部CTで結節形成を伴う両側副腎過形成を認めAIMAHによるCushing症候群と診断した。副腎シンチで左副腎に有意に強いuptakeを認めており, 腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した。術後は過形成の存在する右副腎を残しており, ステロイド補充療法は7日間で終了したが, ACTH, コルチゾールは正常化し経過良好であった。AIMAHは文獻的には両側副腎摘除術が一般的であるが, 症例によっては, 片側副腎摘除術は選択肢の1つとなり得ると考えられた。

生体腎移植におけるドナー腎摘出時, 同時治療した左副腎腫瘍(原発性アルドステロン症)の1例: 清水信貴, 林 泰司, 森本康裕, 能勢和宏, 尼崎直也, 松浦 健, 栗田 孝(近畿大) 45歳, 女性。生体腎移植のドナーとして精査中, 低K血症, 耐糖能異常, 高血圧が判明し, 原発性アルドステロン症が疑われた。血中アルドステロン値が高値であり, 腹部CTにて左副腎に1 cm大の腫瘍とシンチでは左副腎に異常集積が見られた。以上の結果から原発性アルドステロン症と診断し左腎摘除術と同時に左副腎を摘出した。病理組織診断はadrenal cortical adenomaであった。術後の血清生化学検査は正常化し, 高血圧症も改善された。レシピエントの1時間後の腎生検にても明らかな異常は認めず移植後経過も良好であった。

ホルモン活性の全く異なる副腎皮質癌の2例: 牛田 博, 小堀豪, 前川正信, 前川信也, 金子嘉志, 大森孝平, 西村一男(大阪赤十字) 症例1. 59歳, 女性。高血圧, 高血糖, 低カリウム血症が著明なクッシング兆候を呈し精査施行。腹部CT, MRIにて直径8×7 cmの辺縁不整, 内部不均一な左副腎腫瘍を指摘。多発性肝転移, 肺転移, 胸壁転移を認め, 左副腎皮質癌の診断にて左副腎腫瘍摘出術を施行。病理診断も副腎皮質癌であり, 術後op<sup>1</sup>-DDD投与も5カ月後に死亡した。症例2. 74歳, 女性。左腰部痛, 左上腹部腫瘍を主訴に他院受診。腹部CTにて直径20×15 cmの辺縁整, 内部不均一な左副腎腫瘍を指摘。内分泌学的には大きな異常を認めなかったが, 巨大なため悪性を疑い左副腎腫瘍摘出術を施行。病理診断にて副腎皮質癌と診断された。症例1はクッシング症候群を呈した内分泌活性癌, 症例2は内分泌非活性癌で臨床所見の異なる2例を経験したので報告する。

最近経験した転移性副腎腫瘍の3例: 野間雅倫, 田中雅登, 奥見雅由, 市丸尚嗣, 小林義幸, 佐川史郎, 伊藤喜一郎(大阪府立) 症例1は72歳, 男性。Lung cancerの診断にて2000年6月左肺全摘除術施行。翌年5月のCTにて右副腎転移を認め, 6月, 右副腎摘除, 肝部分切除, 胆嚢摘除術を施行した。症例2は62歳, 男性。1997年rectal cancerにて低位前方切除施行。2001年3月, 左肺上葉転移にて左肺上葉切除, 傍大動脈リンパ節郭清術を施行。7月, 腹部CTにて右副腎転移を認め, 8月, 右副腎摘除術を施行した。症例3は66歳, 男性。2000年10月, lung cancerにて左肺上葉, 胸壁合併切除術を施行。翌年6月, 腹部CTにて右副腎転移を指摘され, 8月, 右副腎摘除, 肝部分切除, 大動脈周囲リンパ節郭清術を施行した。いずれも病理診断は転移性副腎腫瘍で術後数カ月で再発をきたした。転移性副腎腫瘍についてさらなる症例の蓄積が必要と考えられた。

High dose IL-2療法およびミニ移植を施行した腎細胞癌の1例: 鞍作克之, 川嶋秀紀, 岩井友明, 吉田直正, 杉村一誠, 仲谷達也, 岸本武利(大阪市大), 青山泰孝, 山根孝久, 日野雅之(同血液内科) 53歳, 男性。2000年9月に肉眼的血尿で当科受診。右腎癌の診断で同年10月経腹的右腎摘除術を施行, 病理組織はspindle cell carcinomaであった。転移性肺腫瘍に対しIL-2, 210万単位を週5日点滴静注。これにIFN-α, 5-Fuを併用し4週間施行。その後IL-2を350万単位週5日に増量し, 更に12週間施行した。この免疫化学療法により肺転

移巢の縮小を認めた。その後骨髓非破壊の前処置を用いた同種造血幹細胞移植（ミニ移植）を施行した。前処置として Fludarabine, Busulfan, ATG を併用し HLA6 マッチの実弟をドナーとして PBSCT を施行。移植後27日目のキメリズムは90%であった。移植3ヵ月後に急性 GVHD を発症したが、免疫抑制剤とステロイドの投与で軽快した。

**MVAC 療法が有効であったペリニ管癌の1例：松岡庸洋，横溝智，新井浩樹，甲野拓郎，北村雅哉，高羽 津，岡 聖次（国立大阪），河原邦光，倉田明彦（同病理）** 80歳，女性。2000年8月14日肉眼的血尿と右腰部痛出現。IVP, CT にて右腎に嚢胞と腫瘍を認め、10月5日根治的右腎摘除術，腎門部リンパ節郭清施行，右腎中央部に径4cmの弾性硬の腫瘍を認めた。断面は白色を呈し，腎実質に置き換わるように発育していた。病理診断はペリニ管癌であった。腎門部リンパ節転移も認め，追加治療を考慮したが，高齢であり本人希望もあり一旦退院，2001年7月，CT にて大動静脈間リンパ節転移，多発性肺転移を認めた。心機能障害あるため，ネグブラチンを使用した MVAC 変法を3コース施行した。大動静脈間リンパ節は80%，横隔膜直上の肺転移巣は95%縮小した。効果は PR と判断，現在外来にて経過観察中である。

**左腎摘除術後，右腎盂および右腎へ転移を来した腎細胞癌の1例：植村元秀，西村健作，向井雅俊，福原慎一郎，菅野展史，三好 進（大阪労災），吉田恭太郎，川野 潔（同病理）** 42歳，男性。41歳時，左腎細胞癌（renal cell carcinoma, pT1b）に対して左腎摘除術を受けていた。肉眼的血尿を自覚し精査。尿細胞診はクラスⅡ。尿路造影にて右上腎杯に陰影欠損を認めた。腹部 CT および MRI では右腎盂内に18mm大の造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた。超音波ドブラーでは，血管性病変は否定的であった。右腎盂腫瘍の診断の下，右腎盂腫瘍摘出術を施行した。術中，右腎上極やや背側の腎実質に径1cm大の突出性の腫瘍を認め切除した。更に腎を切開した上で，腎盂腫瘍を摘出した。病理組織学的に共に腎細胞癌であった。術後は再発予防として，週3回の INF $\alpha$  による免疫療法を施行の上，外来通院中である。

**髓内転移を生じた腎癌の1例：曾我英雄，山崎 浩（神戸労災），楠田雄司，今西 治（京都ルネス）** 68歳，男性。咳嗽を主訴に受診。2000年11月20日左腎癌，肺転移にて経腹膜の腎摘除術，胸腔鏡下肺部分切除術施行。術後治療として天然型インターフェロン $\alpha$ を用いた免疫療法を行なった。術後3ヵ月にて下肢筋力低下および尿閉をきたした。下肢の弛緩性対不全麻痺を呈していた。造影 MRI にて Th11-12 に均一な造影効果を受ける境界明瞭な腫瘍性病変を認めた。臨床経過および画像所見より腎癌髓内転移と診断。インターフェロン $\alpha$ ,  $\gamma$  を用いた免疫療法および副腎皮質ホルモン投与を行なった。しかしながら症状軽快せず，また肺転移巣の増大も認め，癌性悪液質にて2001年5月26日に死亡した。髓内転移に対して，保存的治療のみ行なったが症状改善せず，外科的治療選択時期を逃したことが残念な症例であった。診断には造影 MRI が有効であった。

**腎膿瘍と鑑別が困難であり播種性骨髄癌症を契機に診断された腎癌の1例：堀 大輔，加美川 誠，眞田俊吾（関西電力）** 66歳，女性。全身倦怠感・右腰部痛・発熱を主訴に当院内科受診後入院。US・CT MRI 上右腎下極に膿瘍と考えられる mass が存在し右腎膿瘍と診断され抗生剤の投与が行われた。これにより mass の size は若干縮小したものの，症状改善せず泌尿器科対診・転科となった。転科時芽球の出現を伴った著明な溶血性貧血を認め，骨髄生検を施行したところ腎細胞癌の骨髄転移と判明した。右腎癌・播種性骨髄癌症と診断したが，全身状態も不良であり保存的加療目的にステロイドを投与した。これにて一旦は症状の改善を認めたが，転科3ヵ月半後死亡した。播種性骨髄癌症とは固形癌の特徴である結節形成に乏しい瀰漫性の転移浸潤が骨髄に生じている病態であるが検索しえた範囲では腎癌原発の報告はなく自験例が第1例目と思われた。

**腎嚢胞内腫瘍と術前診断した腎細胞癌の1例：堀川重樹，辻 秀憲，宮崎隆夫，永井信夫（耳原総合）** 59歳，女性。20年前から透析中。腹部超音波検査で左腎の充実性腫瘍を指摘され，当科紹介となった。CT にて腎門部の位置に長径約7cm大の低エコー腫瘍内部に2×1cm大の造影効果のある実質性腫瘍が存在した。また，L2 レベ

ルに左尿管結石を認めたため，腎盂腫瘍も疑われ逆行性腎盂造影を施行したが，腎盂外からの圧排所見のみであり，ACDK に発生した腎癌と診断した。後腰的に左腎摘出術を施行した。摘出標本は，重量513g，腎門部の最大嚢胞を切開すると，内部は凝血塊が充満し，その中に直径約2cmの腫瘍が存在した。病理診断は，腎細胞癌 mixed subtype, G2, pT1 であった。本症例は透析期間が20年以上で，多数の嚢胞形成を伴う高度に腫大した透析腎であり，high risk 症例と考えられた。

**腎癌と腎嚢腫の鑑別におけるカラードブラ造影法の有用性：能勢和宏，池上雅久，杉山高秀，松浦 健，栗田 孝（近畿大）** 〈対象および方法〉対象は CT, MRI, 超音波 echo で腎癌もしくは腎嚢腫を疑われた6症例で使用機種は ALOKA 社製 SSD-2000 (3.5 MHz)，造影剤は Levovist を使用した。〈結果〉6症例中腎嚢腫として follow up 中の症例は3症例で，1症例は腎動脈瘤，1症例は一過性腎虚血であった。1症例は MRI, カラードブラにて RCC を否定できず手術を施行したが腎嚢腫の診断であった。カラードブラ造影法にて腎嚢腫として follow up 中の症例は3症例である。〈考察〉通常の超音波カラードブラ法に加え，血流の乏しい条件下で造影を行うことにより診断能力の向上が期待できる。

**術前診断が困難であった Oncocytoma の3例：地崎竜介，福井勝一，中川雅之，島田 治，植野祥三，大口尚基，川喜田睦司，松田公志（関西医大），坂井田紀子，植村芳子（同病理）** 症例は46才，66才，75才女性。US あるいは CT で発見された偶発腫瘍。術前診断は RCC で，腫瘍長径は2.5cm, 3cm, 6cm で患側は全て右側であった。RCC の術前診断のもと腹腔鏡下にマイクロターゼ使用腎部分切除術を1例，腎摘除術を2例施行。腎部分切除後に尿管を合併したが保存的に軽快した。病理診断はいずれも oncocytoma で，術後5ヵ月，4ヵ月，4ヵ月で再発，転移はなく現在外来経過観察中である。腎腫瘍性病変に対し血管造影を施行することが少なくなり oncocytoma の術前診断が困難なことが多い。腫瘍径が小さく突出型の腎腫瘍に対しては腹腔鏡下腎部分切除が有用である。

**直腸癌に合併した腎 Oncocytoma の1例：竹垣嘉訓，金澤利直，國田哲平，熊田憲彦，田部 茂，柏原 昇（吹田市民）** 42歳，女性。2001年4月大腸癌の診断にて手術を予定されていたが，腹部 CT にて右腎に腫瘍陰影を認めたため当科に紹介。右腎中央部外側に単純 CT で腎実質と同程度の density を示し，造影にて腎実質より造影効果の弱い，境界明瞭で内部均一な径2.5cmの腫瘍陰影を認めた。腎動脈造影で腫瘍は hypovascular であり不整な血管像は認めなかった。以上の画像所見より良性腫瘍が疑われたが，直腸癌の腎転移あるいは hypovascular type の腎細胞癌も否定できず経皮的腎腫瘍生検を施行した。生検の結果は oncocytoma であった。腎 oncocytoma に関しては経過観察とし，直腸癌に対して低位前方切除術を施行した。術後経過は良好で，現在外来にて経過観察中であるが，CT 上9ヵ月間，腎 oncocytoma に変化は認めていない。

**診断が困難であった腎血管筋脂肪腫の2例：小林真一郎，山中邦人，中村一郎（神戸西市民）** 症例1は，62歳，女性。他院で胆石精査中，偶然 CT にて右腎腫瘍を指摘され2001年6月19日当科受診。CT, MRI で右腎門部に2.3×2.6cmの孤立性腫瘍を認め，右腎癌の診断にて7月5日右腎全摘術施行。症例2は71歳，女性。肉眼的血尿を主訴に他院を受診し腹部超音波検査，CT にて右腎腫瘍指摘され，2001年8月13日当科受診。CT, MRI にて右腎下極に1.6×2.0cmの孤立性腫瘍を認め右腎癌の診断にて9月10日右腎全摘術を施行。病理診は両例とも血管筋脂肪腫であった。術前画像診断では，脂肪成分が同定できず腎細胞癌と腎血管筋脂肪腫の鑑別診断が困難であった。

**腎 inflammatory pseudotumor の1例：石川智基，玉田 博，井上貴朗，島谷 昇（関西労災）** 38歳，男性。会社検診にて CRP 高値指摘された。近医で腹部 US, CT にて左腎に充実性腫瘍認め，当科受診。左腎上極から中部にかけて直径9cmの腫瘍を認め，造影 CT にて造影されず，MRIT1WI, T2WI にて低信号を示した。乏血管性腎細胞癌疑い，根治的左腎摘除術施行。断面は黄白色，solid ではぼー様。被膜は保たれており，被膜や内部に石灰化を伴う部分があり，組織学的にもぼー様で，紡錘状細胞の主に錯綜した増生とリ

ンパ球、形質細胞、好酸球の著明な浸潤を基本とするものであった。また血管増生、リンパ濾胞の形成、好酸性物質の沈着や硝子化、大型類上皮様細胞や泡沫細胞の集簇などがみられた。病理診断は inflammatory pseudotumor であった。術後現在まで再発など認めていない。

機能的単腎に発生した腎細胞癌に対する **Bench surgery**：原口貴裕、古川順也、田口 功、山中 望（神戸）、藤澤正人（神戸大）67歳、男性。CT で偶然右腎腫瘍および左水腎症を発見され当科に紹介された。各種画像所見より左腎盂尿管移行部狭窄症による左無機能腎に合併した右腎細胞癌 T1N0M0 と診断した。右腎腫瘍は大きさ 45×30 mm で腎門部に接して存在していたため、bench surgery による腎部分切除術の準備をして手術に臨んだ。術中所見より腫瘍は下大静脈壁に直接浸潤しており、通常の in situ 部分切除術は困難と思われる。bench surgery の適応と考えた。下大静脈壁を合併切除し腎を摘除後、体外で水冷・灌流しつつ腎部分切除術を施行。右腸骨窩に自家腎移植した。手術時間は10時間25分、阻血時間は5時間5分であった。腎機能は術後一過性に低下したが、経過中一度も透析を必要とせず、術後も良好な QOL が維持されている。

**Morcellator** を使用した後腹膜鏡下腎摘出術：丸山 聡、武中篤、原田健一（県立柏原）、川端 岳（神戸大）73歳、男性。主訴は筋力低下・嘔気。高血圧、低K血症を認めた。血清レニン、アルドステロンの高値、カプトプリル負荷試験で血清レニン値の上昇と血圧下降を認めた。画像検査で右腎動脈の閉塞と右腎の萎縮を認めた。以上より腎血管性高血圧と診断し、後腹膜鏡下に右腎摘出術を施行した。腎の体外摘出は morcellator を用いて細切して取り出した。腎の細切摘出には、(1) 細切組織による術野に汚染、(2) 不十分な病理組織診断（腫瘍辺縁部の浸潤形式・被膜浸潤の有無）の問題点が残っている。この2つの点が問題にならない良性疾病に対して、morcellator による組織の細切摘出は積極的に用いてよい方法と考えられた。手術時間188分、出血 200 cc。

静脈瘤を形成した腎動静脈瘻の1例：辻 秀憲、堀川重樹、宮崎隆夫、永井信夫（耳原総合）48才、女性。健診の腹部超音波検査で右腎門部の SOL を指摘され当科受診。CT では、腎門部に直径約 4 cm 大の腫瘍が造影剤で均一に増強され、右腎動脈瘤が疑われた。選択的右腎動脈造影にて、腎動脈下極枝末梢に拡張、蛇行する異常血管があり、さらに静脈瘤様に拡張した腎静脈側へ jet 状に血液が噴出する動静脈瘻の所見も認めた。以上より動静脈瘻を伴う腎動静脈奇形と診断し、経カテーテルの動脈塞栓術を施行した。下極枝の末梢までカテーテルを進め、0.035インチの platinum coil 計 4 本を用いて塞栓術を行い、静脈側への造影剤の漏出は消失した。術後3ヵ月後 CT では腎門部の腫瘍は消失しており、再発の徴候は認めない。瘻孔の比較的大きい動静脈瘻であったが、形成した静脈瘤の程度としては過去の報告例の中でも大きく、稀な症例であった。

腎摘除術を余儀なくされた腎動静脈奇形の2例：西畑雅也、曲人保、藤永卓治（和歌山労災）、森田照男（岸和田市民）、小倉秀章（新宮市立市民）症例1は72歳、女性。2000年10月12日肉眼的血尿にて当科受診。DIP では右腎盂尿管は描出されないが右の RP では特に異常は認めなかった。右腎動脈造影で腎動静脈奇形を認めたため、動脈塞栓術を施行するも支配血管の1つが屈曲がきつく塞栓できず、再度血尿あり、右腎摘除術を施行した。症例2は60歳、女性。2001年1月16日肉眼的血尿あり、左腎結石の診断で ESWL をしていた。3月10日に再度肉眼的血尿が出現、造影 CT で右腎静脈が早期に描出され、右腎腎動静脈奇形を疑われた。右腎動脈造影では腎動脈本幹から分枝したすべての血管より支配血管のある腎動静脈奇形が多発しているため、動脈塞栓術は困難であると判断し、左腎結石の排石後に右腎摘除術を施行した。

出血発作後、急速に腎機能低下が認められた腎動静脈奇形の1例：山口 旭、青木勝也、福井義尚、三馬省二（県立奈良）、藤本 健、平山曉秀（奈良医大）47歳、女性。2000年8月に肉眼的血尿と右腎疝痛が出現した。第1病日の腹部超音波検査で右水腎症はみられなかったが、第2病日の排泄性尿路造影で右腎の造影剤排泄遅延と水腎・尿管がみられ、尿管結石の疑いで当科に紹介された。第21病日の腹部 CT で右尿路に造影剤が残存していた。急速な右腎機能の低

下がみられたが、逆行性尿路造影で尿路閉塞は否定された。腎血管造影で右腎動静脈奇形と診断され、第52病日に腎摘除術を行った。病理組織学的所見では高度の間質の線維化と尿管管の拡張がみられ、不可逆的な変化と考えられた。凝血塊による尿路閉塞のため右腎機能低下をきたしたと考えられるが、高濃度造影剤の腎実質への長時間貯留など、何らかの機序により急速な腎実質性変化が発生したものと推測された。

黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例：平井利明、松本 穰、垣本健一、小野 豊、目黒則男、前田 修、木内利明、宇佐美道之（大阪成人病セ）53歳、男性。1996年に右腎結石の既往あり。主訴は体重減少、全身倦怠感および褐色尿。検診で右腎腫瘍を指摘され、2001年11月当科紹介。腹部造影 CT で右腎実質に多房性の造影されない嚢胞状低吸収域と、右腎盂内に約 1 cm 前後の結石を数個認めた。また腎周囲の多臓器に及ぶ網状の炎症性変化を認めた。黄色肉芽腫性腎盂腎炎の診断の下、右腎摘除術および、胃幽門側切離、Billroth II 法による再建術、周囲臓器の合併切除術を施行した。自験例は鈴木らの分類で、膿腎症型黄色肉芽腫性腎盂腎炎に該当した。膿腎症型の治療は腎摘除術が主体であり、特に自験例の様に炎症が広範囲に及ぶ場合は、周囲臓器の損傷を考慮し、十分な術前処置と他科との連携など慎重な対応が必要と考えられた。

腎膿瘍型黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例：福原慎一郎、向井雅俊、植村元秀、菅野展史、西村健作、三好 進（大阪労災）、吉田恭太郎、川野 潔（同病理）68才、女性。1999年、人間ドックにて右腎腫瘍指摘され、同年8月前医受診し、手術勧められるも放置していた。精査希望にて当科を紹介受診し、手術目的にて当科入院となった。自覚症状はなく、血液生化学所見にて異常を認めず、細菌尿のみを認めた。排泄性腎盂造影では造影剤の排泄は良好であった。CT にて右腎中極に一部石灰化を伴う、造影効果の乏しい約 2.5 cm 大の腫瘍性病変を認めた。腫瘍が増大傾向を示していたことより、悪性である可能性が否定できず、2001年10月19日右腎腫瘍核出術を施行した。摘出標本の重量は 20 g、大きさは 3×3×3 cm であった。内容液培養では E. coli が検出された。病理組織学的に黄色肉芽腫性腎盂腎炎であった。

腎不全の精査中に発見された尿路結核の1例：牛田 博、小堀豪、前川正信、前川信也、金子嘉志、大森孝平、西村一男（大阪赤十字）51歳、男性。夜間微熱、食思不振を主訴に他院受診。採血にて血清クレアチニン 3.9 mg/dl、尿素窒素 35.1 mg/dl と腎不全を指摘され当院受診。超音波、CT にて右腎多発性嚢胞、左水腎症を認め、腎後性腎不全を疑い RP、ダブル J カテーテル留置目的で膀胱鏡施行。膀胱全周性の黄色白斑調の結節を認めた。尿塗抹検査、PCR 法にて尿路結核と診断された。ダブル J カテーテル留置困難にて左腎瘻造設。胸部X線、CT にて粟粒結核も指摘され抗結核療法開始（INH 400 mg/day、RFP 450 mg/day、EB 750 mg/day、PZA 1.5 g/day）した。膀胱生検上も類上皮細胞が同定された。現在左腎瘻をダブル J に入れ替え抗結核療法施行中であるが、萎縮膀胱を認め今後膀胱拡大術が必要になると考えている。1999年結核非常事態宣言が出されたことより尿路結核について再認識が必要であると思われる。

尿管狭窄による腎性尿崩症の1例：上川禎則、早原信行、山越恭雄、石井啓一、金 卓、坂本 亘、杉本俊門（大阪総合医療セ）、梅田涼子、吉岡克宣（同内科）68歳、男性。22歳時に腎結核のため右腎摘除術を受けている。2001年9月、社交ダンス中に突然、全身倦怠感、口渴を自覚した。その後も多尿、食欲不振、体重減少が持続したため当院内科へ紹介入院となる。入院時の一日尿量は 3,700 ml、血中 arginine vasopressin (AVH) は 49.40 pg/ml と異常高値を示した。水制限テスト、ピトレシンテストで尿浸透圧の有意な上昇は認めず、腎性尿崩症と診断された。尿路系検査で左尿管狭窄および左水腎症が認められ、経尿道的尿管拡張術により尿崩症は改善した。以上より本症例は閉塞性尿路疾患による腎盂内圧の上昇が腎髓質部の破壊を引き起こし、AVP に対し不応性となり腎性尿崩症に発展したと考えられた。

血中 CA19-9 が高値を示した水腎症の1例：藤本 健、森川弘史、渡辺秀次（済生会中和）、徳山 猛（同内科）、吉江 貴（吉江医院）63歳、女性。慢性腎不全のため血液透析中。1996年より近医での血中

CA19-9 値が高値であったが、左水腎症以外の異常を指摘されなかった。2001年4月、血中 CA19-9 値が820 U/ml と上昇するため当院内科へ紹介され、左水腎症の精査のため当科受診となった。逆行性腎盂造影を施行し腎盂尿管移行部狭窄による水腎症と診断したが、腎盂洗浄液の細胞診検査は class IV であった。画像診断で明らかな腫瘍性病変を指摘できなかったが、悪性腫瘍の合併を完全に否定できず、同年8月全身麻酔下で左腎尿管全摘除術を施行した。病理診断では悪性所見を認めず、免疫組織学的に CA19-9 染色を行ったが染色されなかった。術後血中 CA19-9 値は正常化した。

**膿腎症で発見された浸潤性腎盂癌の1例**：田中宏和，石田敏郎，小野義春（県立加古川） 29歳，男性。幼少時に膀胱憩室の手術既往がある。1995年3月に化膿性尿管膿瘍にて当科で治療を受けた際、高度の排尿障害および右膀胱尿管逆流現象による水腎症を指摘された。右腎機能の高度低下および尿路感染の持続を認めたが、以後3年間、間歇的自己導尿で経過観察されていた。2000年6月、発熱と右腰部痛を主訴に来院。右膿腎症および腎周囲膿瘍と診断し、経腹的に右腎摘出術を施行した。病理診断は一部に腺癌の混在した腎盂扁平上皮癌 pT4pNx であった。術前の CT より、リンパ節転移を認めた。術後プレオマイシン、シスプラチンなどを併用した放射線療法を施行したが、術後10カ月で死亡した。本邦での腎盂扁平上皮癌報告例204例を集計し検討を加えた。

**両側に発生した尿管腫瘍の1例**：林 泰司，尼崎直也，杉山高秀，栗田 孝（近畿大），堀川重樹（耳原総合），花井 禎（近畿大堺） 71歳，男性。無症候性顕微鏡的血尿で IVP 撮影したところ、両側に1 cm の陰影欠損を認めた。一侧の内視鏡的生検を行ったところ TCC G1 との診断を得た。治療として両側尿管部分切除術を行った。病理結果は両側とも TCC G1 pTa であった。追加的治療は行わず術後4ヵ月を経過し、再発、転移はなく生存中である。両側尿管腫瘍の同時発症例は文献上本邦21例目であった。

**術後15年後に孤立性の傍大動脈リンパ節転移を認めた尿管移行上皮癌の1例**：中 勝，内田欽也（小松），吉村一宏，奥山明彦（大阪大） 59歳，男性。既往歴として1986年8月上行結腸癌・左尿管癌に対し右半結腸切除・左腎尿管全摘除術を施行。2001年8月1日、左後腹膜腫瘍精査目的にて当科紹介受診。腹部 CT など左腎門部に腫瘤を認め、同年9月21日後腹膜腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は61g、4×4×6 cm 大、被膜を有し、剖面白色、充実性、病理診断はG3相当の移行上皮癌であった。1986年の尿管腫瘍は左尿管中部に乳頭状・単発にあり、病理診断はG2相当の移行上皮癌（pT1, ly0, v0）であった。以上の結果より尿管癌が15年経過して傍大動脈リンパ節に転移再発したと考えられた。M-VAC 療法を2クール施行後、現在のところ再発は認めない。腎盂尿管癌が術後長期間を経て再発した報告例はなく極めて稀と考えられた。

**Wegener 肉芽腫症に合併した尿管癌の1例**：八尾昭久，岡本雅之，松本 修（三木市民） 63歳，女性。Wegener 肉芽腫症にて1995年から1999年まで cyclophosphamide (CPM) 投与されていた。内服2ヵ月後より肉眼的血尿を認め当科紹介、出血性膀胱炎の診断で経過観察されていた。内服中止後は顕微鏡的にも血尿を認めていなかったが、2001年5月に顕微鏡的血尿出現。尿細胞診 class IV, DIP にて右上部尿管に辺縁不整な陰影欠損像を認めた。右尿管鏡施行したところ、右尿管腫瘍を認め生検施行、尿管癌（TCC, G2）と診断し、5月15日右腎尿管摘除術＋膀胱部分切除術施行した。病理診断の結果はTCC, G2, pT2 であった。CPM と尿路上皮癌の関連性は以前より示唆されているが、CPM 投与後に尿管癌が発生した症例は稀である。CPM 投与歴のある患者に血尿を認めた時は出血性膀胱炎だけでなく尿路上皮腫瘍の可能性を念頭に置くべきである。

**尿管狭窄術後に発生した尿管癌の1例**：田中雅登，市丸直嗣，野間雅倫，奥見雅由，小林義幸，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立） 58歳，女性。主訴は無症候性肉眼的血尿。現病歴は1995年11月に近医にて右下部尿管狭窄の診断にて尿管部分切除および尿管尿管吻合術施行した。病理組織学的に慢性尿管炎のみで、悪性所見は認めなかった。2001年4月初旬より無症候性肉眼的血尿出現し、近医再受診。IVP 上、右無機能腎であったため、精査・加療目的にて同年4月27日当科紹介受診となった。右尿管腫瘍の診断のもと同年5月24日、右腎尿管

全摘および骨盤内リンパ節郭清術施行した。摘除標本において前回手術の尿管尿管吻合部より乳頭状腫瘍が発生していた。病理組織学的診断は、TCC, G2=G3, INFα, pTa, pR1, pL0, pN0, pMX であった。膀胱側切除断端に腫瘍残存していたため、M-VAC による全身化学療法を3コース施行。術後8ヵ月において再発を認めていない。

**限局性尿管アミロイドーシスの1例**：木村泰典，藤原敦子，三神一哉，植原秀和，川瀬義夫，村田庄平，内田 睦（松下記念） 56歳，女性。20年前から両側腎結石を指摘されるも放置。2001年3月に肉眼的血尿で当科受診。種々の画像検査にて両側多発腎結石、左水腎、左腎盂から尿管全域にかけ壁不整像を認め、膀胱鏡検査にて左尿管口から出血を認めた。以上より尿管の悪性腫瘍も否定できないため、経尿道的尿管鏡検査を施行した。尿管内腔には、白黄色の隆起性病変を広範に認めたため生検を施行した。病理診断はアミロイドーシスであった。この後、全身性アミロイドーシスの検索を行ったが異常所見を認めず、その結果、限局性尿管アミロイドーシスと診断した。病変が広範でかつ結石が多発していたため2001年5月左腎尿管全摘除術を施行した。病理診断はAL型アミロイドーシスであった。現在、術後9ヵ月を経過し、再発はなく生存中である。

**長大な尿管ポリープの1例**：青山真人，葉山琢磨，中村敬弘，飯盛宏記，川村正喜（PL），井口太郎，内田潤次（大阪市大） 41歳，男性。肉眼的血尿で他院を受診。DIP で左尿管に約7 cm の連続した陰影欠損を認め（水腎症はなかった）尿管腫瘍疑いにて当科を紹介受診。尿管鏡にて表面平滑の腫瘤を認め一部を生検、病理組織はfibroepithelial polyp であった。術中迅速病理検査でも悪性所見なく尿管部分切除を行った。摘出標本は長さ7 cm、幅5 mm の表面平滑の組織であった。結石の合併は認められなかった。術後の病理検査でも上記と同じ組織であった。術後5ヵ月を経過し再発の兆候なく外来にて定期的に経過観察を行っている。5 cm 以上の尿管ポリープは長大な尿管ポリープといわれ比較的稀であり調べた限りでは自験例も含めて本邦では76例報告されている。

**結石を伴った盲端重複尿管の1例**：徳川茂樹，塩塚洋一，任 幹夫，小角幸人（近畿中央） 68歳，男性。64歳時尿路結石の既往あり。2001年9月に肉眼的血尿を認め近医にて抗生剤投与されるも血尿の消失がみられないため当科受診。KUB で骨盤腔内に7×3 mm 大の石灰化像が見られた。膀胱鏡を施行したが、膀胱内に腫瘍を認めず。IVP にて右側の水腎症と左側の骨盤腔内仙骨部で正中寄りに分岐する尿管を認めた。CT にて、右尿管結石を認め、左側の分岐していた尿管は盲端になっており、先端に結石を認めた。逆行性尿路造影によりこれを確認した。盲端重複尿管と診断。盲端尿管の長さは6 cm であった。血尿の原因は右尿管結石によるものと思われ、盲端重複尿管に関しては現在無症状であるため経過観察とした。盲端重複尿管は本邦で文献上自験例を含め101例目で、結石を伴う盲端重複尿管は7例目である。

**クローン病患者にみられた尿酸アンモニウム結石の1例**：藤井孝祐，芝 政宏，高寺博史（八尾徳州会） 28歳，女性。15歳時にクローン病と診断。ペンタサによる投薬療法とエンテラルによる経鼻栄養を施行。25歳時に回腸瘻の造設。2000年11月に発熱、脱水のため入院加療。2001年8月に左背部痛と発熱のため入院。KUB ではレントゲン透過性だが腹部X線 CT では左 PUJ に約1.5 cm の結石陰影を認めた。左尿管結石と急性腎盂腎炎と診断。DJ カテーテルを挿入、抗生剤治療を施行。炎症改善後、10回のESWLを施行し碎石。結石成分は尿酸アンモニウム98%であった。尿酸アンモニウム結石は本邦において稀な結石である。自験例はクローン病で回腸瘻を造設しており脱水、低栄養になり易く感染も併発していたことから尿酸アンモニウム結石を生じたと考えられる。尿酸アンモニウムの化学的溶解は有効でなく、ある程度大きな結石の場合、ESWL が有効である。

**乳児に発症した尿管結石に対するESWLの1治療例**：森山泰成，柑本康夫，藤井令央奈，鈴木淳史，平野敦之，新家俊明（和歌山県立医大） 11ヵ月，女児。超低出生体重（518g），気管支肺異形成にて当院 NICU で管理されていた。2001年7月、超音波検査で左水腎症を指摘され、当科受診。画像検査で左尿管結石（11×6 mm）による水腎症と診断。11月8日全身麻酔下でESWL（シーメンス社製）ソ

スターⅡ)を施行(13カ月、体重4,880g)。エアークッションによる肺保護を行い、エネルギーレベル2.0、ショット数2,000発を照射した。術後20日のKUBで完全排石を確認した。結石分析はCaOx 81%, CaP 19%であった。呼吸性アシドーシスによる低クエン酸尿症が結石形成の原因と考えられた。5kg前後の乳児に対するESWLの報告は極めて稀であるが、合併症もなく安全に治療できた。

当科にて経験した周術期肺塞栓症および深部静脈血栓症に関する臨床的検討: 田口 功, 古川順也, 原口貴裕, 山中 望(神鋼) 周術期肺塞栓症は本邦では稀な疾患とされるが、致死率が高く重大な周術期合併症のひとつである。また、肺塞栓症の多くは深部静脈血栓症に起因する。1991年からの11年間に周術期肺塞栓症を6例、深部静脈血栓症を3例経験した。肺塞栓症では全6例中4例が死亡した。重篤かつ急速な経過を辿るものが多く、その対策においては予防が重要であると考えられた。深部静脈血栓症の3例は、いずれも間歇式下肢圧迫装置の使用にもかかわらず発症した。これらの経験から周術期肺塞栓症および深部静脈血栓症の予防を目的として、高リスク症例に対して術後低用量ヘパリン投与を行っている。これまで12例のmajor surgeryに試みたが、深部静脈血栓症や肺塞栓症の発生あるいは術後出血などの副作用を認めず、現在も検討を継続中である。

バルーン拡張術が有効であった回腸導管狭窄の1例: 萬原宏一, 原恒男, 森 直樹, 山口肇司(市立池田), 厨子慎一郎(同内科) 71歳, 女性。子宮頸癌に対し広汎子宮全摘出術および放射線療法を受けた後、萎縮膀胱をきたし、1989年に回腸導管造設術を受けた。以後腎盂腎炎を繰り返していた。術後6年より徐々に両側水腎症の悪化を認め、2001年1月のIVPにて高度の水腎症および同時期の導管造影にて回腸導管の狭窄を認めた。2001年3月27日、拡張バルーンによる回腸導管拡張術を施行。径15mmの拡張バルーンを用い、2分間拡張。拡張後2カ月目のIVPでは両側水腎症の改善を認めた。回腸導管の術後晩期合併症としての回腸導管狭窄は本邦では本例も含め7例を認めるのみである。その治療として導管の切除、新導管の造設あるいは腸管を用いない尿路変向術が行われた例もあるが、本例では、より非侵襲的な拡張バルーンを用いた内視鏡的導管拡張術が有効であった。

TUR-Bt後の完全尿管閉塞に対し内視鏡的治療を行った1例: 合田上政, 安福寛彦, 三宅秀明, 原 勲, 藤澤正人, 川端 岳, 岡田弘, 荒川創一, 守殿貞夫(神戸大) 53歳, 男性。左尿管口外側の表在性膀胱腫瘍に対しTUR-Bt施行後、左尿管狭窄のために尿管ステント管理、抜去後も改善なく左順行性腎盂造影にて左下部尿管完全閉塞と診断した。異物型肉芽腫による閉塞部の距離は約1cm。2001年4月、二期的に、順行性に閉塞部へ進めた軟性尿管鏡を利用した“cut to the light technique”による再開通術と同部位に対し経尿道的尿管切開, KTPレーザーによる瘢痕組織の蒸散, バルーン拡張術を施行し、14Frエンドピエロトミー尿管ステントを6週間留置した。抜去後6カ月を経過し再発を認めていない。完全尿管閉塞に対し“cut to the light technique”を用いた文献上19例のうち記載のある10例中8例でステントフリーと示している。

上部尿路CISに対しBCG注入療法を施行した2例: 山本 豊, 原 靖, 梶川博司, 片岡喜代徳(東大津市立), 花井 禎(近畿大堺) 症例は65歳と70歳の男性, 膀胱CISに続発した上部尿路上皮内癌に対して、ダブルジュエイクテーテルによる膀胱尿管逆流を利用したBCG灌流を試みた。その治療成績を報告する。ダブルジュエイクテーテルを尿管内に留置し、膀胱造影にて上部尿路が造影される最小の容量を検討し、2mg/mlのBCG懸濁液を膀胱に10分後に排尿させる方法とした。これを週1回、6週間施行した。この手技にて2症例とも尿細胞診は陰性化しクラスⅡで現在に至っている。BCG灌流療法を施行した本邦報告例では投与回数、BCG濃度、注入量には一定の見解は確立されていない。今後症例数を増やし更なる検討が必要と思われる。

放射線化学療法後の続発性膀胱腫瘍に対するBCG膀胱療法の有効性: 福井淳一, 吉岡伸浩, 加藤良成, 井口正典(市立貝塚) 1996~2001年の21例(男性17人, 女性4人・42~82歳, 平均68.1歳)の浸潤性膀胱腫瘍(G3 13例, G2 7例, pT2 17例, pT1: INF-β, γ 3例)に対し膀胱温存目的にTUR-BT術後放射線化学療法(40Gy/4 weeks+CDDP 200mg/2 weeks)を施行。平均観察期間26.5カ月に

drop out 2例を除くCR 18例中6例全例に表在性再発(男性6例)を認め、4例がCIS(2例随伴性)。TUR-BT後にBCG(80mg/週)を6週連続膀胱注し尿細胞診は陰性化しcancer freeを得た(平均観察期間17.6カ月)。副作用は膀胱刺激症状が大半を占め放射線化学療法後においても重篤な副作用は認めなかった。

膀胱全摘除術後12年目に残存尿道に再発した膀胱癌の1例: 古川順也, 原口貴裕, 田口 功, 山中 望(神鋼) 74歳, 女性。1989年4月膀胱腫瘍にて膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行し, adjuvant chemotherapy (M-VAC)を2コース施行後外来通院中であった。2001年4月より不正性器出血を認め当科受診。膀胱壁12時方向に硬結を触知。同部位の擦過細胞診, 各種画像検査所見により尿道再発および膀胱浸潤と診断した。経陰腔的操作による腫瘍切除は困難と判断し、2001年4月19日、経腹的操作を併用し、外陰, 尿道, 陰, 子宮を一塊にして摘除した。術後10年以上経過した再発症例の報告は稀で、本症例では術後約5年間のみ擦過細胞診などの残存尿道に対する検査を行っていた。尿道を残した膀胱全摘除術施行時には、長期経過症例においても尿道再発の可能性を念頭に置き、定期的検査が必要と考えられた。

泌尿器系三重複癌の2例: 石田敏郎, 小野義春, 田中中和(県立加古川) 症例1は73歳, 男性, 右側腹部痛出現し, 当科紹介受診。精査にて右腎細胞癌の診断のもと根治的右腎摘除術を施行。病理組織はRCCであった。排尿困難出現し尿道膀胱鏡検査施行。その際膀胱腫瘍認め, TUR-PおよびTUR-Bt施行, 膀胱腫瘍はTCC, G2, pTa, 前立腺は1切片から高分化型腺癌を認めた。症例2は64歳, 男性, 尿閉にて当科初診。TUR-P施行その際膀胱腫瘍認め同時にTUR-Bt施行した。前立腺に悪性所見なく, 膀胱腫瘍はTCC, G2, pTaであった。腰痛出現し当科受診。精査にて右腎腫瘍を認め根治的右腎摘除術施行, 病理組織はRCCであった。排便不快出現し直腸診にて硬結を触れPSA 10ng/mlと高値。前立腺生検にて低分化腺癌を認め, 根治的前立腺全摘除術施行した。泌尿器系三重複癌は本邦8, 9例目であり文献的考察を加えた。

尿管管原発移行上皮癌の1例: 上田康生, 野島道生, 滝内秀和, 森義則, 島 博基(兵庫医大), 窪田 彬(同病理), 好井基博(明和) 18歳, 男性。1999年5月末より肉眼的血尿認めていたが放置。同年7月23日某院受診, DIUにて膀胱部に充盈欠損像を認め, 精査加療目的に当科紹介受診。膀胱鏡にて, 頂部に直径2cm大の乳頭状腫瘍を認め膀胱癌と診断, 8月24日TURBTを施行した。腫瘍は切除後も, 底部よりコルク栓状の突出を示した。病理標本にて移行上皮癌と診断。またMRIにて壁外へ達する腫瘍遺残物を認めたため, 尿管管原発移行上皮癌と診断し, 8月28日膀胱部分切除術および膀胱尿管切開術を施行した。術後4年6カ月再発を認めていない。本邦における尿管管癌報告例のうち, 移行上皮癌は2.8%にすぎない。われわれが調べた尿管管原発移行上皮癌15症例に関し, Sheldon 病期分類, 予後につき文献的考察を加え報告した。

膀胱腫瘍術後に認められた上咽頭移行上皮癌の1例: 氏家 剛, 阿部豊文, 垣本健一, 松宮清美, 高原史郎, 奥山明彦(大阪大), 松谷亮一。三代康雄(同耳鼻咽喉科) 76歳, 男性。既往歴として, 膀胱腫瘍に対して当科にてTUR-Bt施行。病理組織はTCC, G2>G3, pT1bであった。術後経過観察中, 呼吸困難, 鼻閉に対する精査目的にて当院耳鼻咽喉科入院。咽頭鏡, MRIにて上咽頭腫瘍を疑われ, 上咽頭腫瘍生検を施行した。病理組織はTCC, G2であった。膀胱腫瘍の転移も考えられたが, 上咽頭腫瘍の病理組織に原発性上咽頭移行上皮癌に特徴的な扁平上皮化生を認めること, また, 膀胱腫瘍の臨床経過から上咽頭腫瘍は原発性と診断した。上咽頭腫瘍に対して, 放射線療法を施行し, 咽頭鏡上, 上咽頭腫瘍は消失, 現在再発転移の徴候を認めていない。

フェナセチン含有鎮痛剤の長期服用が原因と思われた膀胱腫瘍の1例: 山尾 裕, 手塚清恵, 星 伴路, 北小路博司, 斎藤雅人(明治鍼灸大) 75歳, 女性。40歳頃より頭痛のためセサスGをほぼ毎日3g服用。フェナセチン推定総摂取量は9.6kgであった。2001年6月, 難治性膀胱炎のため施行された経腹的超音波断層法にて膀胱腫瘍を認め, 経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。病理組織学的診断は, 移行上皮癌, G2, pT1であった。アニリン系に属する鎮痛解熱剤である

フェナセチン中毒による尿路上皮癌の発生は欧米においては数多く報告されているが、日本では比較的低頻度であり、われわれが調べた限り本症例は本邦19例目の報告である。医療用フェナセチン含有医薬品は2001年4月より供給停止となったが、同剤服薬中止後の尿路上皮癌再発の報告もあり今後も厳重な経過観察が必要と思われる。

**DMSO 膀胱注入療法が有効であった骨髄腫に伴う膀胱アミロイドーシスの1例：**高尾典恭，清水洋祐，七里泰正，山内民男（北野）症例は、64歳，女性。1999年7月に、多発性骨髄腫およびそれに伴う舌アミロイドーシスが診断されている。下腹部痛および頻尿で2001年9月当初初診。検尿上、軽度の血混濁尿を認めた。尿細胞診は陰性。膀胱鏡所見は、後三角部から後壁にかけて黄色の浮腫状隆起粘膜がび慢性にみられた。膀胱生検の標本で、固有粘膜層の間質に好酸性無構造物質の沈着を認め、Congo-Red 染色で赤色を呈した。偏光観察で緑色の偏光がみられ、過マンガン酸カリウム処理にて偏光の減少は認めなかった。以上より、多発性骨髄腫に合併した膀胱アミロイドーシスと診断した。治療は、10% DMSO (dimethyl sulfoxide) 50 ml を隔週に計10回施行し、膀胱刺激症状および尿所見は改善した。

**膀胱血管腫の1例：**山中和樹，山田裕二，武市佳純（県立淡路），上野康一（甲南） 61歳，女性。既往歴は、53歳時子宮筋腫、55歳時自己免疫性肝炎、58歳時甲状腺機能低下症。2001年8月に無症候性肉眼的血尿のため当科受診。膀胱鏡検査にて膀胱前壁に径1 cm の赤色隆起性病変を認め、膀胱血管腫と診断した。エコー、CT およびMRI 検査上深部に大きな腫瘍を認めず腫瘍サイズも小さいことから、2001年8月27日、経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。病理組織標本は粘膜下層から筋層にかけて不規則に拡張した血管組織の増生があり cavernous hemangioma と診断された。術後約6カ月であるが再発なく経過観察中である。膀胱血管腫は比較的高頻度の間葉系腫瘍であり原発性膀胱腫瘍の0.6%、非上皮性腫瘍の26.4%と報告されており、文献上本邦75例目であった。膀胱血管腫は良性的な腫瘍であるが、粘膜下層や筋層にまで及んでいることがあり深達度の評価も重要と考えられた。

**膀胱内前立腺上皮性ポリープの1例：**熊本廣実，太田匡彦（県立五條），小西 登（奈良医大第2病棟） 73歳，男性。両側陰嚢腫大，PSA 高値にて当科紹介受診。両側陰嚢水腫と診断。両側陰嚢水腫根治術，前立腺針生検施行。同時に施行した尿道膀胱鏡にて左尿管口内側に径4 mm 大の有茎性乳頭状の膀胱腫瘍を確認。TUR-Bt 施行。病理組織診断は前立腺組織で PSA 染色陽性であり悪性所見は認めなかった。前立腺上皮性ポリープは前立腺部尿道で散見されるが、膀胱内発生は稀で自験例を含め本邦報告は12例であった。平均54.9歳。発生部位は尿管口付近5例，側壁3例，三角部2例，後三角部1例，頸部1例。形態は非乳頭状広基性6例，非乳頭状有茎性2例，乳頭状有茎性1例。本症例は術前に血尿を認めず偶発的に発見されたが、12例中10例に血尿を契機に発見されていることより、血尿の原因となる膀胱病変の1つに前立腺上皮性ポリープも念頭におくべきと考えられた。

**VUR を伴う神経因性膀胱に発生した感染性 Perinephric urinoma の1例：**山本暢朋，藤田和利，辻川浩三，菅尾英木（箕面市立） 73歳，女性。2001年9月より右背部痛があり、その後痛みの増強と高熱が出現し11月5日ショック状態となり緊急入院となった。CT で両側水腎症と右腎周囲の cystic mass を認めた。膀胱は、かなり尿が貯留しているにもかかわらず壁の肥厚を認めた。慢性尿閉による水腎症から右腎盂が破裂し urinoma が形成されたものと考え、バルーンカテーテルの留置とドレナージを行った。urinoma の内容液は600 ml で大腸菌が検出された。ドレナージ後の DIP では右腎杯の軽度の拡張を認め、VCG で右に3度の VUR を認めた。Urodynamic study で、low compliant small bladder で括約筋排尿筋協調不全を伴う神経因性膀胱と診断した。自己導尿を試みるも腎盂腎炎を併発したためバルーンカテーテル留置で外来経過観察中である。

**粒子線治療を行った前立腺癌の2例：**岡 裕也，根来宏光，杉野善雄，岩村博史，福澤重樹，竹内秀雄（神戸中央市民），香川一史，村上昌雄，菱川良夫，阿部光幸（兵庫県立粒子線医療センター放射線）症例1，69才。併存疾患は脊椎側弯症。臨床診断は、前立腺癌 T2N0M0。Gleason score 5+4=9。PSA 25.12。2001年7月26日か

ら9月14日前立腺部に陽子線 74 GyE 照射。合併症としては、照射中 grade 1 の排尿時痛、直腸粘膜障害を認めた。2002年1月21日現在、PSA は1.72まで低下。症例2，67才。既往歴は心筋梗塞。臨床診断は、前立腺癌 T1cN0M0。Gleason score 3+3=6。PSA 20.04。2001年7月24日から9月12日前立腺部に陽子線 74 GyE 照射。合併症は特に認めず、2002年1月17日現在、PSA は3.78まで低下。今回臨床試験された前立腺癌13例で grade 2 以上の合併症は認めなかった。兵庫県に西日本初の粒子線治療施設が建設され、前立腺癌陽子線治療はその安全性、有用性で今後有望と思われる。

**外陰部に転移性腫瘍を伴った PSA 陰性前立腺癌の1例：**渡邊仁人，駒井資弘，安田鐘樹，島田 治，福井勝一，川端和史，六車光英，川喜田睦司，松田公志（関西医大），芦田 眞（済生会野江），螺良愛郎（関西医大第2病棟） 61歳，男性。1999年11月頃より会陰部に硬結を自覚するも放置。腫瘍は陰嚢内に急速に増大。直腸診正常。PSA: 0.5 ng/ml。2000年1月陰嚢部生検を施行。病理は adenocarcinoma, PSA 染色陰性。CEA 染色陽性。全身骨転移を認めた。全身検索で原発不明。5-FU+ 低用量 CDDP+ 放射線照射施行し効果は P.D. M-VAC を2コース施行し、N.C. 陰嚢、骨転移巣の縮小を認めた。再び病勢が増し初診から9カ月で死亡。剖検で Gleason 3+4 の前立腺癌、造骨性転移を認めた。原発は前立腺癌と考えた。前立腺癌の外陰部皮膚転移は稀ではあるが報告されており、外陰部腫瘍を認めた場合考慮すべきである。

**家族性前立腺癌の1家系（親子発症）：**山本雅司（国立奈良）症例1は58歳，男性。人間ドックにて PSA 高値を指摘されて、当科を受診。直腸内指診にて前立腺左葉に硬結を触知。前立腺生検にて高分化型腺癌を検出。転移を認めず、stage C1 の前立腺癌の診断にて6カ月の MAB 療法後、根治的前立腺全摘除術を施行した。症例2（症例1の父）は100歳，男性。転移性肺腫瘍の精査中に PSA 高値を指摘されて、当科を受診。直腸内指診にて前立腺は全体に石様硬で表面不整であった。前立腺生検は拒否されるも、精査にて stage D2 の前立腺癌と診断した。除痛目的の放射線治療を行うも、診断後約2カ月で死亡した。Autopsy にて中等度分化型腺癌を確認した。これらは第1度近親者（親子）に発生しており、家族性前立腺癌と考えられた。遺伝性前立腺癌を含む家族性前立腺癌について若干の文献的考察を加えて報告した。

**von Recklinghausen 病に合併した精巣腫瘍の1例：**松本吉弘，影林頼明，壬生寿一（大阪回生），熊本廣美（県立五條） 24歳，男性。1998年 von Recklinghausen 病と、診断されている。2001年1月左陰嚢内の無痛性腫大を主訴に当科受診。血液検査では LDH 546 IU/l と上昇を認めた。腹部 CT にて傍大動脈リンパ節腫大，胸部 CT にて右肺下葉に肺転移を認め、精巣腫瘍 stage IIb の診断下に高位精巣摘除術施行。病理診断は embryonal carcinoma であった。1月24日より BEP 5 コース施行。終了時点での効果判定は PR であった。本人の希望で退院し経過観察していたが、7月26日左半身の痙攣発作出現。頭部 CT にて右頭頂葉に転移性脳腫瘍を認めた。8月8日脳腫瘍摘出術施行し、術後放射線全脳照射を行うも改善なく、10月5日癌死した。von Recklinghausen 病と精巣腫瘍の合併例の報告は、調べた限り本邦では7例目であった。

**両側精巣腫瘍の1例：**高木志寿子，瀬川直樹，増田 裕，木山賢，丸山榮勲，濱田修史，郷司和男，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医大） 29歳，男性。2001年8月頃から右陰嚢に無痛性腫大を自覚し、近医を受診。右精巣腫瘍が疑われ当科紹介受診。なお、4歳時に両側停留精巣にて両側精巣固定術を施行されている。エコー上両側精巣に内部が均一な低エコーレベルの領域を認め、両側精巣腫瘍の診断にて入院となった。HCG-β, AFP は正常範囲内であった。腹部，胸部 CT にて転移を認めず、stage I の両側精巣腫瘍と診断。挙児希望があり、精子保存の上、右高位精巣摘除術を施行し、次いで左高位精巣摘除術を施行した。摘除標本は両側とも 5×5×4 cm, 20 g で、内部は灰白色で腫瘍は被膜によって正常精巣組織と区切られていた。病理組織は両側とも seminoma であった。術後は経過良好で、外来にて男性ホルモン補充療法を行い経過観察中である。

**精巣転移を認めた多発性骨髄腫の1例：**山田恭弘，鴨井和実，細川典久，平岡健二，藤原 淳，野本 剛，邵 仁哲，水谷陽一，藤戸



章, 中尾昌宏, 三木恒治 (京府医大), 落合直哉, 島崎千尋 (同血液内科) 74歳, 男性. 1996年より多発性骨髄腫 (IgA型→BJ型) のため, 当院内科にて加療中 (VMDX, MP, Thalidomide, CAM). 2001年8月より左陰囊内容無痛性腫大を認め, 同10月より急速に増大したため, 当科紹介受診. 局所所見および超音波所見で左精巣腫瘍の診断のもと高位精巣摘除術施行. 摘出標本は, 6×8×4 cm, 196 g. 病理組織は形質細胞腫であった. 術後追加療法としてMP療法を開始. 2002年1月現在, 局所再発は認めていないが, 傍大動脈リンパ節に径3 cm大の新たな髄外病変を認めている. 多発性骨髄腫の精巣転移は稀で文献上45例目, 本邦では14例目の報告であった.

**精索脂肪肉腫の1例:** 遠藤雅也, 長谷部圭司, 岡本大亮, 岸川英史, 関井謙一郎, 吉岡俊昭, 板谷宏彬 (住友) 70歳, 男性. 既往歴は胃潰瘍. 主訴は右陰囊の無痛性腫大. 2000年末頃から右陰囊の無痛性腫大を認め, 2001年9月18日当科受診. 初診時, 右陰囊から鼠径部にかけて手拳大の腫瘤を触知した. またAFP, LDH,  $\beta$ -HCGなどの腫瘍マーカーに異常は認めなかった. 右精巣腫瘍を疑い, 精査ならびに手術目的にて2001年10月12日当科入院, 同年10月16日に右高位精巣摘除術を施行した. 摘出標本は510 g. 病理組織学的には精索原発の高分化型脂肪肉腫であり, 精巣, 精巣上体には異常は認めなかった. 他臓器への転移はなく, 術後3カ月に再発・転移は認めていない. 精索が原発と思われる脂肪肉腫は本邦で57例目であった.

**陰囊内に発生した横紋筋肉腫の1例:** 小森和彦, 山本圭介, 桃原実大, 高田 剛, 本多正人, 藤岡秀樹 (大阪警察) 59歳, 男性. 1999年11月より右陰囊内に小豆大の腫瘤を自覚. 2000年1月当科初診. 右精巣上体炎の診断で抗菌薬投与されるも腫瘤は増大傾向で, 2000年3月22日精巣摘除術を施行. 病理診断は胞果型横紋筋肉腫で, 腹部CTでは, 傍大動脈領域に18 mm大のリンパ節腫脹を認め, 横紋筋肉腫の病期としてはgroup IVに相当した. 化学療法を開始後4カ月の腹部CTでは, 傍大動脈リンパ節腫脹はほぼ消失. 外来にて化学療法を継続中で術後1年半以上経過した現在, 明らかな転移・再発を認めていない. 陰囊内横紋筋肉腫の報告は, 本邦では138例あり, 年齢分布では, 10~20歳代にかけてそのピークがあり, 50歳以上の症例は15例と非常に少ない. また組織型の明らかな52例の中では, 胎児型が半数以上を占めていた.

**陰囊内平滑筋腫の1例:** 近藤秀明, 池田朋博, 堀川直樹, 林 美樹 (多根総合), 藤本清秀, 平尾佳彦 (奈良医大) 53歳, 男性. 2年前より左陰囊内容腫大を自覚. 2001年10月17日に当科受診. 触診上, 約2 cm大で弾性硬の腫瘤を触知したが精巣および精巣上体との境界は不明瞭であった. 精巣エコー, CTでは内部不均一な腫瘤を認め, 精巣との境界は不明瞭であった. 左精巣腫瘍を疑い手術を施行. 術中所見で精巣は萎縮傾向で, 腫瘍と精巣との癒着が強固であったため左高位精巣摘除術を施行. 摘除標本では, 精巣上体尾部に3×2×2 cm, 10 gの充実性腫瘍を認め, 断面は乳白色であった. 病理組織学診断は平滑筋腫であった. 陰囊内に発生する腫瘍で平滑筋腫は比較稀な疾患で, 精巣上体に発生した平滑筋腫は本邦では85例目であった.

**陰囊内硬化性脂肪肉芽腫の1例:** 今村正明, 松村善昭, 東 新, 奥村和弘, 寺地敏郎 (天理よろづ) 25歳, 男性. 2001年6月より陰囊正中部に拇指頭大の無痛性腫瘤を自覚. 7月2日に当科を受診. その後腫瘤は陰茎に沿って亀頭部方向に急激に増大し逆Y字状の腫瘤となった. 白血球, 好酸球, CRPは正常であった. MRIでは陰囊内脂肪組織とは異なるよく造影される境界不明瞭な腫瘤として認めた. 海綿体との境界は明瞭であった. 炎症もしくは腫瘍と考えられたが特異的診断は下せず, 悪性の可能性も考えられた. 7月11日, 腰椎麻酔下に腫瘤全摘術を施行. 腫瘤は精巣, 精索, 海綿体とは離れており一塊として摘出された. 大きさは8×3.5×2 cmで内部は黄白色であった. 病理所見では脂肪細胞と同部位に多核巨細胞を認め, 好酸球の浸潤も認められ, 陰囊内硬化性脂肪肉芽腫と診断した. 現在術後6カ月であるが, 再発は認めていない.

**両側精巣サルコイドーシスの1例:** 赤松秀輔, 岡田能幸, 井上貴博, 木下秀文, 山本新吾, 賀本敏行, 羽淵友則, 小川 修 (京都大), 半田和宏, 長井苑子, 濱田邦夫 (同呼吸器内科) 25歳, 男性. 2001年4月, サルコイドーシスと診断され, ステロイド内服開始. 同年8

月, ステロイド減量期に全身状態悪化し, 当院呼吸器内科入院. 同時に左陰囊内に痛性腫瘤出現し, 当科へ紹介. 左精巣上体に硬結触れるも両側精巣に腫瘤認めず. 腫瘍マーカーは陰性. エコー, MRIにて両側精巣に多発性の内部均一な占拠性病変あり. 精巣サルコイドーシスと診断し, 高位精巣摘除術, 精巣生検は行わず, ステロイド増量にて反応を観察した. 3カ月後, 全身状態の改善と共に, 病変の数の減少, 大きさの縮小を認めた. 全身性サルコイドーシスに伴伴する精巣病変ではまずサルコイドーシスを疑い, ステロイドに対する反応性を観察することで不要な精巣摘除術を回避できると考えられた.

**陳旧性陰囊内血腫の1例:** 森 直樹, 薦原宏一, 原 恒男, 山口誓司 (市立池田), 北村憲也 (北村泌尿器) 76歳, 男性. 5年前より左陰囊部腫脹に気づくも放置. 1年前より増大傾向を認め, 近医より左精巣腫瘍疑いにて2001年11月, 当科紹介受診. 腫瘍マーカーに異常値を認めず, 超音波検査, MRI検査にて陰囊内血腫を疑われたが精巣腫瘍も否定できず, 同年11月20日, 左高位精巣摘出術を施行した. 摘出標本は, 大きさ18×12×12 cm大, 重量は952 g. 内容液は暗赤色で古い出血であった. 断面にて圧排された左精巣を認め, 病理組織学的にも陰囊内血腫と診断された. 罹病期間が長期にわたる陳旧性陰囊内血腫は比較稀で, 文献上本邦で34例目であった.

**急速に後腹膜腔へ進展した外陰部 Paget 病の1例:** 柴崎 昇, 八木橋裕亮, 西山博之, 清川岳彦, 伊藤哲之, 諸井誠司, 賀本敏行, 羽淵友則, 小川 修 (京都大) 47歳, 男性. 1999年7月より左陰囊部皮膚の発赤を自覚. 翌年8月, 近医での皮膚生検にて, 外陰部 Paget 病と診断され, 腫瘍切除術施行したが, 左鼠径部リンパ節への転移を指摘された. 12月, 膀胱への腫瘤性病変の出現が認められ, 精査加療のため当科受診. 外陰部 Paget 病, 左鼠径部, 膀胱転移の診断のもと, 膀胱前立腺摘除術, 右尿管皮膚瘻造設術を施行した. 骨盤内は強固に癒着しており, 病理診断では, 膀胱, 前立腺, 精囊, 腹膜および膀胱周囲脂肪層に, 皮膚生検と同様の Paget 細胞が認められ, 骨盤内に広汎に進展した外陰部 Paget 病と診断した. 術後化学療法を施行し, 腫瘍の進行を一時的に抑えることは可能であったが, 左鼠径部リンパ節よりの再発および全身転移を来とし, 術後9カ月で死亡した.

**陰囊内から腹壁に発育した Aggressive angiomyxoma の1例:** 千原良友, 岡島英二郎, 平山暁秀, 趙 順規, 藤本清秀, 植村天受, 大園誠一郎, 平尾佳彦 (奈良医大) 47歳, 男性. 1999年7月より右陰囊上部の腫瘤に気付いたが放置し, 増大傾向を認めたため2001年9月に当科受診. 腫瘤は手拳大で右鼠径部まで連続し, 弾性軟, 透光性は認めなかった. 画像診断にて間質性の腫瘍を疑い, 同年10月16日に観光的摘除術を施行. 腫瘍は最大径17 cmで被膜を有し, 遠位側は外腹斜筋と Scarpa 筋膜の間の脂肪組織に終息していた. 腫瘍はゼリー状, 充実性で, 病理診断は aggressive angiomyxoma であった. 本疾患は男性の報告例が少なく, 若年女性に好発する非常に稀な良性腫瘍であり, 比較的高率に局所再発することが特徴的である. 現在術後4カ月で再発を認めず, 経過観察中である.

**Rosewater 症候群の1例:** 平岡健児, 邵 仁哲, 藤原 淳, 細川典久, 山田恭弘, 浮村 理, 河内明宏, 藤戸 章, 中尾昌宏, 三木恒治 (京府医大), 西野健一 (同形成外科), 中江和美, 島 博基 (兵庫医大), 大江 宏 (京都第二赤十字) 12歳, 男性. 生下時からの左停留精巣と11歳頃からの両側乳房の腫大を主訴に, 2001年5月29日前医より当科紹介受診. 両側女性化乳房と左非触知精巣に対して, 同年8月3日両側乳房摘出術および腹腔鏡検査を施行. 左精巣は無形成であった. 手術時に採取した陰囊皮膚の培養皮膚線維芽細胞を用いたアンドロゲンレセプター解析の結果, 軽度の温度不安定性を認めた. 臨床症状, 内分泌学的検査, アンドロゲンレセプター解析より Rosewater 症候群と診断. 現在は外来にて経過観察中である. Rosewater 症候群は部分型アンドロゲン不応症である Reifenstein 症候群の一亜型であるが, 本邦では未だ報告例はなく文献上1例目と考えられた.

**女性尿道原発悪性黒色腫の1例:** 向井雅俊, 植村元秀, 福原慎一郎, 菅野展史, 西村健作, 三好 進 (大阪労災), 吉田泰太郎, 川野潔 (同病理) 72歳, 女性. 主訴は血性帯下. 外尿道口右側に径2 cm大の出血を伴う黒色腫瘍を認めた. 術前検査ではリンパ節を含め



遠隔転移を認めなかった。2001年3月2日外陰、膣前壁を一部含めた腫瘍摘出、尿道全摘除、両側鼠径部リンパ節生検および膀胱瘻造設術を施行した。病理組織学的所見では、尿道粘膜から粘膜下層へ浸潤するメラニン顆粒の豊富な腫瘍細胞がみられ、悪性黒色腫と診断した。術後約9カ月目に再発、転移を認め、現在入院、治療中である。尿道原発悪性黒色腫の取り扱いはまだ統一されておらず、今後病期別治療指針が示されることが期待される。

治療に難渋した外傷性尿道断裂の1例：原田健一、丸山 聡、武中篤（県立柏原）、川端 岳（神戸大） 19歳、男性。骨盤骨折による尿道損傷にて受診。肉眼的血尿を認めたため尿道造影を施行し、膜様部尿道断裂と診断した。膀胱鏡を施行した後腹腔腔に遊離した膀胱の小孔を確認し、尿道カテーテルを留置したが、術後MRIにてこれは内尿道口ではなく、膀胱にできた外傷性裂孔であると判明した。膀胱瘻から内尿道口へ順向性に軟性鏡を挿入すると尿道は膜様部で盲端となっており、前立腺、尿道は後方へ約2cmシフトしていた。再度尿道形成術を施行したが、16Gトロカール針を断裂部尿道遠位側から近位端である軟性鏡へ向かい穿刺するcore through法を施行した。2カ月後尿道カテーテルを抜去したが、尿道狭窄を認めたため2度内尿道切開を施行し、補助療法として尿道ブジーを行い、排尿状態は最大尿流量22.9ml/secであり、尿失禁も認めていない。

尿道損傷を合併した陰茎折症の1例：福澤重樹、小林真一郎、岡裕也、岩村博史、杉野善雄、竹内秀雄（神戸中央市民） 34歳、男性。性交時の断裂音に続く陰茎根部の疼痛、腫脹にて受診。陰茎は全体に暗紫色に腫脹しており陰茎根部に白膜断裂部を触知した。自排尿ができず尿道カテーテル挿入不能であったため膀胱瘻カテーテルを留置した。受傷18時間後に修復術を行った。右陰茎海綿体白膜断裂部に接して尿道完全断裂も認めそれぞれ吻合修復した。術後約1カ月で尿道吻合部に全周性狭窄を認め尿道ブジーによる拡張を行った。その後排尿は順調である。また勃起障害、陰茎の彎曲も認めていない。本邦では陰茎折症に尿道損傷を合併することは約4%と稀であるが、性交

が原因で発症した陰茎折症では尿道損傷が合併しやすく診断時に注意が必要である。

陰部化学熱傷の1例：細川幸成、岸野辰樹、小野隆征、大山信雄、上甲政徳、百瀬 均（星ヶ丘厚生年金）、大槻眞澄（同形成外科） 27歳、男性。2001年3月末に職場で上司に暴行を受け、その際便器洗浄剤であるサンポール（塩酸）を陰部につけられた。4月11日当院整形外科受診。多発性擦過傷、多発性皮膚潰瘍、左上腕部瘻孔の診断で入院。陰囊部皮膚熱傷につき皮膚科にてステリクロンによる消毒およびプロメライン軟膏が塗布されていたが、熱傷後の瘢痕治療のための勃起時痛および排尿時、包皮のバルーニングのため再度、当科に紹介された。瘢痕部に対し、包皮部分切除および陰茎皮膚植皮術を行った。術前、瘢痕部と亀頭部の癒着が強く疑われたが、酸による組織障害は表層に限局する特性があるため癒着は認めなかった。3カ月後、移植皮膚片は良好に生着していた。

大和高田市立病院における手術統計：安川元信、穴井 智、仲川嘉紀、吉田宏二郎（大和高田市立） 大和高田市立病院泌尿器科における1977年4月から2000年3月までの24年間の手術統計を報告する。総数は、男性6,021人、女性988人、合計7,009人であり、1996年のESWL導入以降、増加傾向にある。しかし、男女の比率に特別な傾向はなかった。また、年齢別に見ると、60歳以上の比率が高くなっている傾向にあった。悪性腫瘍に対する手術は、腎細胞癌、前立腺癌は増加傾向にあり、陰茎癌は減少傾向にあった。尿路結石症に対する手術は、切石術が減少傾向にあり、ESWL導入以後腎切石術は全く行われていない。良性疾患に対する手術は、無機能腎に対する腎摘除術が最も多い傾向にあった。膀胱に対する手術では、膀胱瘤・尿失禁に対する手術が近年増加傾向にあり、前立腺肥大症に対して、TUR-Pと比較し、前立腺被膜下摘除術の占める割合が、近年でも高い傾向にあると思われた。最も手術件数の多い手術は、包茎に対する手術で、以下TUR-P、TUR-BT、前立腺針生検、停留精巣に対する手術の順であった。